Deutscher Bundestag
13. Wahlperiode

Drucksache 13/5190

02. 07. 96

Antwort
der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Monika Knoche, Marina Steindor und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
— Drucksache 13/4823 —

Zahnmedizinische Versorgung und Zahnprothetik

Der Entwurf der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. „Entwurf eines Gesetzes zur Entlastung der Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung – Beitragsentlastungsgesetz – (BeitrEntlG)" sieht vor, daß Jugendliche des Jahrgangs 1979 und jünger keinen Zuschuß mehr für Zahnersatz (Kronen, Brücken oder Zahnprothesen) erhalten sollen. Der Wegfall des Zuschusses wird mit der Möglichkeit der regelmäßigen Inanspruchnahme zahnärztlicher Untersuchungen und der damit weitgehenden Vermeidung des Zahnersatzes begründet.

Die schleichende Ausgrenzung der Zahnprothetik trifft besonders Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten Schichten.

1. Ist der Bundesregierung bekannt, wie viele Menschen jährlich Kronen, Brücken oder Zahnprothesen benötigen?

   Wie viele davon sind Frauen, wie viele junge Erwachsene, wie viele Jugendliche und Kinder unter 18 Jahren?

   Wie hoch sind die Ausgaben der Krankenkassen für Zahnprothesen insgesamt und nach Altersgruppen gestaffelt?

   Wie hoch sind die Zuzahlungen, die für einen durchschnittlichen prothetischen Versorgungsfall von den Versicherten selbst zu leisten sind?

   Wie hoch sind die Summen an Privatleistungen der Versicherten und die Gesamtausgaben der privaten Haushalte für die prothetische Versorgung?

Aus dem Jahrbuch 1995 der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung ergibt sich, daß im Jahr 1994 in den alten und neuen Bundesländern insgesamt rd. 12,7 Millionen Abrechnungsfälle im Bereich der Prothetik anfielen. Wie viele Abrechnungsfälle hiervon auf Frauen, junge Erwachsene und Jugendliche unter 18 Jahren entfallen, ist den Daten nicht zu entnehmen.

Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 27. Juni 1996 übermittelt.

Die Drucksache enthält zusätzlich – in kleinerer Schrifttype – den Fragetext.

Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für zahnprothetische Leistungen betrugen 1995 insgesamt rd. 17,3 Mrd. DM. Eine Aufspaltung der Ausgaben nach Altersklassen ist der Statistik der gesetzlichen Krankenversicherung nicht zu entnehmen. Aus einem Forschungsprojekt des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung aus dem Jahr 1990 mit dem Titel „Kassenzahnärztliche Prothetik – eine vergleichende Analyse zur Wirtschaftlichkeit und Qualität" ist zur Altersabhängigkeit des Gebißzustandes zu entnehmen, daß 0,1 % aller prothetisch versorgten GKV-Patienten unter 15 Jahre sind und 11,6 % der prothetischen Versorgungen auf die Altersgruppe der 15- bis unter 30jährigen entfallen, was einem Kostenanteil dieser Altersklasse von 13,1 % entspricht.

Im Jahr 1992 mußten Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung in den alten Bundesländern für Zahnersatz durchschnittlich 65 DM dazu bezahlen. In fast allen westeuropäischen Ländern sind die Zuzahlungen der Versicherten für Zahnersatz wesentlich höher.

Die privaten Haushalte haben im Jahr 1992 für die zahnmedizinischen Leistungen insgesamt knapp 5 Mrd. DM in den alten Bundesländern ausgegeben. Welcher Anteil davon auf die prothetischen Leistungen entfällt, ist den Daten nicht zu entnehmen.

2. Welche Bedeutung mißt die Bundesregierung der zahnmedizinischen Prophylaxe bei?

   Welche Formen sind der Bundesregierung bekannt?

   Wie viele Personen werden jährlich durch prophylaktische Maßnahmen erreicht?

Die Bundesregierung hat in Anbetracht der großen Bedeutung der zahnmedizinischen Prophylaxe bereits in ihrer Antwort auf die Kleine Anfrage über die Kinder- und Jugendzahnpflege – Drucksache 9/1565 – darauf hingewiesen, daß sie nachdrücklich eine organisierte Jugendzahnpflege bejaht, die Jugendliche bereits in den Kindergärten und in den Schulen erfaßt und durch Reihenuntersuchungen den Gesundheitszustand der Zähne feststellt sowie in enger Kooperation mit der niedergelassenen Zahnärzteschaft die Sanierung von Zahn- und Gebißschäden zu einem frühestmöglichen Zeitpunkt gewährleistet.

Die Gruppenprophylaxe wird vorrangig durch die zahnärztlichen Dienste des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) und niedergelassene Zahnärzte durchgeführt. Gemäß § 21 SGB V wurden zur Koordinierung der Maßnahmen der Gruppenprophylaxe in allen Bundesländern Vereinbarungen mit den für die Zahngesundheit zuständigen Partnern abgeschlossen.

Im Bereich der zahnmedizinischen Versorgung kommt den prophylaktischen Maßnahmen – neben der Eigenvorsorge der Bevölkerung – zentrale Bedeutung zu, denn durch diese Maßnahmen können Zahnschäden weitgehend verhindert werden. Im Bereich der prophylaktischen Maßnahmen werden gruppenprophylaktische und individualprophylaktische Maßnahmen unter-

schieden. Dabei werden gruppenprophylaktische Maßnahmen regelmäßig in Kindergärten und Schulen und individualprophylaktische Maßnahmen in der Regel in der Zahnarztpraxis vorgenommen.

Bundesweite Daten zum Umsetzungsstand der Gruppenprophylaxe in Deutschland liegen nicht vor. Nach Angaben der Bundesländer erfolgt eine flächendeckende gruppenprophylaktische Betreuung gegenwärtig in Brandenburg. In Thüringen werden 70 % der Kindergärten und alle Schulkinder erreicht, die noch nicht zwölf Jahre alt sind. In Baden-Württemberg werden in 73 % der Kindergärten und 54 % der Grundschulklassen Zahnputzübungen und/oder Aufklärungsgespräche über gesunde Ernährung vorgenommen. In Bayern werden 75 % aller Kindergärten und Grundschulen gruppenprophylaktisch betreut. In Berlin (West) lag der gruppenprophylaktische Betreuungsgrad drei- bis zwölfjähriger Kinder 1992 bei rd. 50 %. In Schleswig-Holstein wurden 1994 im Landesdurchschnitt 48 % der Kinder in Kindergärten, 52 % der Schüler allgemeinbildender Schulen und 64 % der Sonderschüler betreut.

Wie viele Personen jährlich durch prophylaktische Maßnahmen erreicht werden, ist der amtlichen Statistik nicht zu entnehmen. Einer Studie von Bauer/Neumann/Saekel „Mundgesundheit und zahnmedizinische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland" Berlin 1995 ist zu entnehmen, daß 1992 rd. ein Viertel der leistungsberechtigten Versicherten in den Genuß grundlegender individualprophylaktischer Leistungen gekommen sind. Seither haben sich die abgerechneten individualprophylaktischen Leistungen weiter erhöht. Dies kommt in folgenden Daten zum Ausdruck: Betrug 1992 der Anteil der abgerechneten indivdualprophylaktischen Leistungen an den Abrechnungsbeträgen für konservierend-chirurgische Behandlung in den alten Bundesländern rd. 1 %, so wuchs dieser Anteil bis zum Jahr 1994 auf rd. 4 %. In den neuen Bundesländern war der Anstieg noch größer: Der Anteil stieg von 1,4 % (1992) auf 7,1 % (1994). Damit haben 1994 wesentlich mehr Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung individualprophylaktische Leistungen erhalten als 1992. Der Inanspruchnahmegrad für diese Leistungen steigt somit von Jahr zu Jahr deutlich an.

3. Welchen besonderen Stellenwert räumt die Bundesregierung der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe ein?

   In welchen Bundesländern wird diese nach Erkenntnissen der Bundesregierung in größerem Ausmaß vom öffentlichen Gesundheitsdienst wahrgenommen?

   Wie hoch liegen (in diesen Bundesländern) die Kosten des zahnärztlichen öffentlichen Gesundheitsdienstes, und welchen Anteil hat dieser am Gesamtbudget des öffentlichen Gesundheitsdienstes?

   Wie hoch sind die Ausgaben der Krankenkassen für die Gruppenprophylaxe?

   Wie viele Jugendliche und Kinder erhalten im Rahmen der Gruppenprophylaxe bundesweit eine einmal jährliche Untersuchung und Zahngesundheitsaufklärung, Mundhygieneaufklärung und Zahnschmelzhärtung mit der für die Lokalanwendung von Fluoriden notwendigen Häufigkeit?

Inwieweit hält die Bundesregierung die Flächendeckung und die Art der durchgeführten Maßnahmen für ausreichend, und welche weiterführenden Maßnahmen sollten ergriffen werden?

Inwieweit erachtet die Bundesregierung eine stärkere Verpflichtung der Krankenkassen bei der Gruppenprophylaxe für erforderlich, und welche Maßnahmen sieht die Bundesregierung hierfür vor?

Im Rahmen der prophylaktischen Betreuung von Kindern und Jugendlichen stellt die Gruppenprophylaxe die Basisprophylaxe dar, da allein sie eine hohe Breitenwirksamkeit erreicht. Der öffentliche Gesundheitsdienst ist besonders stark in den Bundesländern Brandenburg, Berlin, Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen, Sachsen-Anhalt, Baden-Württemberg und Schleswig-Holstein an der Durchführung der Gruppenprophylaxe beteiligt. Aber auch in vielen anderen Bundesländern spielt der öffentliche Gesundheitsdienst eine wichtige Rolle im Rahmen der Gruppenprophylaxe, wie eine Umfrage des Saarlandes aus dem Jahr 1995 bei den obersten Landesbehörden ergeben hat.

Der Bundesregierung liegen keine umfassenden Angaben über die Kosten des in Länderzuständigkeit liegenden zahnärztlichen Gesundheitsdienstes vor. Da die Kosten zum Teil auch von den Kommunen getragen werden, haben die Länder in der Regel keine genauen Zahlen über die Höhe der Kosten des zahnärztlichen öffentlichen Gesundheitsdienstes. In Schleswig-Holstein betrug 1994 z. B. der personelle und sächliche Aufwand der zahnärztlichen Dienste des ÖGD 4,7 Mio. DM. Im Saarland hatte der zahnärztliche öffentliche Gesundheitsdienst 1995 einen Anteil von 3,3 % am Gesamtbudget des ÖGD. In Baden-Württemberg betrug der entsprechende Anteil 7,7 %.

Die gesetzliche Krankenversicherung hat 1994 in den alten Bundesländern rd. 30 Mio. DM für gruppenprophylaktische Maßnahmen ausgegeben. In den neuen Bundesländern waren es 7,8 Mio. DM. Dies entspricht einem Anstieg gegenüber dem Vorjahreswert in den alten Bundesländern von 13,6 % und in den neuen Bundesländern von 12,7 %.

Ein genauer bundesweiter Überblick darüber, welche Einzelmaßnahmen wie häufig durchgeführt werden, liegt nicht vor. Aus mehreren Einzeluntersuchungen ist allerdings zu schließen, daß die besonders effektiven Maßnahmen zur Remineralisierung des Zahnschmelzes bundesweit nur in weniger als 10 % der Fälle erfolgen. Allerdings gibt es auch Regionen, in denen dieser Anteil wesentlich höher liegt. Hieraus ist zu folgern, daß im Rahmen der Gruppenprophylaxe häufig noch eine falsche Schwerpunktsetzung erfolgt. Es ist deshalb aus der Sicht der Bundesregierung dringend erforderlich, dieser Maßnahme im Rahmen der gruppenprophylaktischen Versorgung der Kinder und Jugendlichen künftig eine höhere Priorität zu geben. Daneben ist der flächendeckende Ausbau gruppenprophylaktischer Programme, insbesondere in den Schulen, vorrangig. Um die gruppenprophylaktischen Maßnahmen zukünftig noch besser als bisher durchführen zu können, bedarf es auch eines stärkeren Engagements der Krankenkassen in der Gruppenprophylaxe. Überall dort, wo die

Durchführenden der Gruppenprophylaxe erfolgreiche zusätzliche Programme anbieten, sollten sich die Krankenkassen verstärkt bei der Finanzierung dieser Maßnahmen engagieren und die Effektivität der eingeleiteten Maßnahmen systematisch überprüfen. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen zur Gruppenprophylaxe sind ausreichend flexibel gestaltet, so daß es für die an der Umsetzung der Gruppenprophylaxe Beteiligten keine rechtlichen Hemmnisse gibt. Insofern ist auch keine Änderung der entsprechenden Rechtsgrundlagen im Sozialgesetzbuch V (SGB V) nötig.

4. Wie steht die Bundesregierung zu den Bestrebungen der niedergelassenen Zahnärzte und Zahnärztinnen, Mittel der Gruppenprophylaxe für die individualprophylaktische Betreuung von Kindern mit hohem Kariesrisiko in der Zahnarztpraxis aufzuwenden?

   Hält es die Bundesregierung für sinnvoll, die Altersbeschränkung der Gruppenprophylaxe gemäß § 21 SGB V auf die Altersgruppen bis 18 Jahre zu erweitern und die gruppenprophylaktische Betreuung auch beispielsweise von Behinderten- und Alteneinrichtungen vorzusehen?

   Welche Maßnahmen sieht die Bundesregierung hierfür vor?

Mittel der Gruppenprophylaxe, die im wesentlichen von den Ländern und Kommunen und den Krankenkassen aufgebracht werden, dürfen nur für gruppenprophylaktische Tätigkeiten verwendet werden. Dies gilt auch für Kinder mit besonders hohem Kariesrisiko, für die im Rahmen der Gruppenprophylaxe spezifische Programme zu entwickeln sind. Auch diese Programme sollen gemäß § 21 Abs. 1 SGB V vorrangig in Kindergärten und Schulen durchgeführt werden.

Unabhängig davon, daß die Gruppenprophylaxe bis zur Vollendung des zwölften Lebensjahres die Basisprophylaxe bildet, ist mit dem Gesundheitsstrukturgesetz 1992 die Möglichkeit eröffnet worden, individualprophylaktische Maßnahmen bereits vom sechsten Lebensjahr, d. h. vom Durchbruch der ersten bleibenden Zähne an, durchführen zu lassen. Dieses Maßnahmenbündel soll vor allem dazu dienen, daß Kinder, bei denen im Rahmen der Gruppenprophylaxe ein hohes oder besonders hohes Kariesrisiko festgestellt wurde und die nicht von entsprechenden Programmen in der Gruppenprophylaxe erfaßt werden, sich einer derartigen Intensivbetreuung auch in der Zahnarztpraxis unterziehen können, damit dauerhafte Schäden bereits im Ansatz vermieden werden. Die seinerzeitige Erweiterung der Individualprophylaxe für diese Personengruppe zielte nicht darauf ab, die Gruppenprophylaxe zu ersetzen oder gar zu verdrängen. Sie sollte sie vielmehr zielgerichtet auf die nicht gruppenprophylaktisch betreuten Kinder mit hohem oder besonders hohem Kariesrisiko ergänzen.

Eine Anhebung der Altersgrenze für gruppenprophylaktische Maßnahmen auf die bis zu 18jährigen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung hält die Bundesregierung nicht für nötig. Sie ist der Meinung, daß sich die bisherige Altersaufteilung zwischen der Gruppen- und Individualprophylaxe bewährt hat und bei einem systematischen Ausbau beider Bereiche weitere deutliche Verbesserungen der Mundgesundheit zu erwarten sind. Für

Behinderte in Behinderteneinrichtungen gilt im übrigen seit langem, daß hier die gruppenprophylaktischen Tätigkeiten nicht im Alter von zwölf Jahren enden, sondern auch darüber hinaus fortgeführt werden können.

5. Ist der Bundesregierung bekannt, bei wie vielen Kindern und Jugendlichen im Alter von sechs bis 19 Jahren im Rahmen der Individualprophylaxe jährlich einmal ein Mundhygienestatus erstellt wird?

   Wie viele Kinder und Jugendliche dieser Altersgruppe werden einmal im Jahr über Krankheitsursachen und deren Vermeidung aufgeklärt, wie viele erhalten jährlich eine lokale Schmelzhärtung und wie oft?

   Bei wie vielen Kindern und Jugendlichen sind die bleibenden großen Backenzähne mit einer Fissurenversiegelung versorgt?

   Wie sieht die Individualprophylaxe bei Kindern unter sechs Jahren aus, und welchen Handlungsbedarf sieht die Bundesregierung?

   Wie hoch sind die Ausgaben der Krankenkassen für die Individualprophylaxe für Jugendliche und Kinder?

   Ist der Bundesregierung bekannt, ob eine Individualprophylaxe vordringlich von Kindern mit besonders hohem Erkrankungsrisiko in Anspruch genommen wird?

   Wie ist die Inanspruchnahme der individualprophylaktischen Maßnahmen bei Versicherten in der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung?

   Hält es die Bundesregierung im Sinne einer eigenverantwortlichen Inanspruchnahme von Prophylaxeleistungen durch Erwachsene für sinnvoll, daß von zahnmedizinischen Fachhelfern und Fachhelferinnen oder anderem Assistenzpersonal erbrachte Präventionsleistungen auch ohne zahnärztliche Verordnung in Anspruch genommen werden können?

   Welche Maßnahmen sieht die Bundesregierung hierfür vor?

Aus dem Jahrbuch 1995 der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung ist zu entnehmen, daß der Mundhygienestatus (IP 1) im Rahmen der Individualprophylaxe der gesetzlichen Krankenversicherung 1994 in den alten und neuen Bundesländern insgesamt rd. 4,6 Millionen mal abgerechnet worden ist (siehe Tabelle 1). Die Anzahl der leistungsberechtigten Versicherten im Alter zwischen sechs und 19 Jahren betrug im gleichen Jahr schätzungsweise ca. 11,5 Millionen Versicherte. Unter der Annahme, daß der Mundhygienestatus je leistungsberechtigten Versicherten nur einmal pro Jahr abgerechnet worden ist, wurde diese Leistung im Jahr 1994 von rd. 40 % der leistungsberechtigten Versicherten im Alter zwischen sechs und 19 Jahren in Anspruch genommen.

Tabelle 1: Über die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen abgerechnete Positionen der Individualprophylaxe (IP) 1994[1])

BEMA-Position	Anzahl der IP-Positionen (in Tsd.)
Mundhygienestatus (IP 1)	4 590,6
Intensivmotivation (IP 2)	1 530,5
Remotivation (IP 3)	2 391,6
lokale Fluoridierung (IP 4)	4 051,1
Fissurenversiegelung (IP 5)	7 008,8

1) Alte und neue Bundesländer.
Quelle: Abrechnungsstatistik der KZBV.

Die Intensivmotivation (IP 2), die die Aufklärung über Krankheitsursachen und deren Vermeidung umfaßt und den Richtlinien für die vertragszahnärztliche Versorgung entsprechend je Versicherten innerhalb von drei Jahren nur einmal erbracht werden kann, sowie die dazu ergänzenden Maßnahmen der Remotivation (IP 3), die innerhalb eines Drei-Jahres-Zeitraumes bis zu viermal abgerechnet werden können, wurden im Jahr 1994 insgesamt in rd. 3,9 Millionen Fällen als Prophylaxeleistung erbracht. In über 4 Millionen Fällen wurde bei Kindern und Jugendlichen im Rahmen der Individualprophylaxe eine lokale Fluoridierung (IP 4) vorgenommen. Dabei ist zu berücksichtigen, daß diese Leistung je Versicherten bis zu zweimal je Kalenderjahr erbracht werden kann. Die Fissurenversiegelung (IP 5) wurde im Jahr 1994 bei Kindern und Jugendlichen über 7 Millionen mal als IP-Leistung in Anspruch genommen.

Nach den Jahresrechnungsergebnissen der gesetzlichen Krankenversicherung beliefen sich die Ausgaben der Krankenkassen für die Individualprophylaxe bei Kindern und Jugendlichen im Jahr 1994 auf insgesamt rd. 490 Mio. DM. Über die Häufigkeit der Inanspruchnahme bei Versicherten der privaten Krankenversicherung liegen der Bundesregierung keine Angaben vor.

Über die Inanspruchnahme der IP-Leistungen durch Personengruppen mit unterschiedlich hohem Risiko für Karies- und/oder Parodontalerkrankungen liegen der Bundesregierung keine amtlichen Daten vor. Aus der Studie zur „Mundgesundheit und zahnmedizinischen Versorgung“ von Bauer/Neumann/Saekel aus dem Jahr 1995 geht hinsichtlich der Frage nach der Bedeutung und Inanspruchnahme von individualprophylaktischen Leistungen in der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung hervor, daß die Inanspruchnahme in der gesetzlichen Krankenversicherung insgesamt deutlich höher liegt als in der privaten Krankenversicherung.

Nach den Regelungen des SGB V besteht der Anspruch auf individualprophylaktische Leistungen für Versicherte, die das sechste, aber noch nicht das zwanzigste Lebensjahr vollendet

haben (§ 22 SGB V). Kinder unter fünf Jahren haben danach grundsätzlich keinen Anspruch auf individualprophylaktische Leistungen. Für die Altersgruppe der drei- bis unter zwölfjährigen besteht allerdings nach geltendem Recht ein Anspruch auf gruppenprophylaktische Leistungen nach den Bestimmungen des § 21 SGB V. Erwachsene haben nach den Regelungen des geltenden Rechts keinen Anspruch auf individualprophylaktische Leistungen. Die Eckpunkte der Koalitionsarbeitsgruppe zur Gesundheitsreform im ambulanten Bereich sehen zur Weiterentwicklung der zahnmedizinischen Versorgung jedoch vor, daß die Prophylaxe für Kinder ausgebaut und für Erwachsene eingeführt werden soll. Die diesbezüglichen gesetzlichen Regelungen werden zur Zeit vorbereitet. Ob und inwieweit dabei Präventionsleistungen über das geltende Recht hinaus zukünftig verstärkt von zahnmedizinischen Fachhelfern und -helferinnen oder anderem Assistenzpersonal erbracht werden können, muß in diesem Zusammenhang entschieden werden.

6. Inwieweit ist der Bundesregierung bekannt, daß die Mundgesundheit abhängig ist von der sozialen Schicht?

   Inwieweit hält es die Bundesregierung deshalb für erforderlich, besondere Maßnahmen für Jugendliche und Kinder aus sozial benachteiligten Schichten zu ergreifen?

   Inwieweit ist hierbei eine „aufsuchende" Betreuung unter Einsatz von Zahnärztinnen und Zahnärzten sowie von Prophylaxehelfern und Prophylaxehelferinnen wichtig?

   Welche Maßnahmen sieht die Bundesregierung hierfür vor?

Wissenschaftliche Untersuchungen im In- und Ausland weisen darauf hin, daß die Mundgesundheit der Bevölkerung nicht gleichmäßig verteilt ist und Karies- und Parodontalerkrankungen sich bei bestimmten Risikogruppen häufen. Die gesetzlichen Regelungen des SGB V zur Gruppen- und Individualprophylaxe berücksichtigen diesen Sachverhalt, so daß nach dem geltenden Recht bei der Erkennung und Verhütung von Zahnerkrankungen in der Praxis risikogruppenorientiert vorzugehen ist. Vor diesem Hintergrund hält die Bundesregierung darüber hinausgehende Maßnahmen des Gesetzgebers nicht für erforderlich.

Die „aufsuchende Betreuung" bestimmter Risikogruppen erfolgt nach dem geltenden Recht des SGB V insbesondere im Rahmen der gruppenprophylaktischen Maßnahmen. Auch in diesem Zusammenhang sind keine neuen gesetzlichen Maßnahmen nötig, sondern eine konsequente Umsetzung der bestehenden Regelungen, um eine flächendeckende Versorgung mit gruppenprophylaktischen Maßnahmen unter Berücksichtigung der Risikogruppen zu erreichen. Die an der Gruppenprophylaxe Beteiligten müssen hier für weitere Verbesserungen sorgen. Dies gilt insbesondere hinsichtlich der konsequenten Nutzung der besonders effektiven Maßnahmen zur Remineralisierung des Zahnschmelzes. Auf die Antwort zu Frage 3 wird verwiesen.

7. Inwieweit erachtet es die Bundesregierung für notwendig, besondere Angebote der Gruppen- und Individualprophylaxe für ausländische Jugendliche und Kinder bereitzustellen?

   Inwieweit hat die Bundesregierung Kenntnis davon, daß es gezielte Programme gegeben hat bzw. gibt, und wie werden diese bewertet?

Die gruppen- und individualprophylaktischen Maßnahmen gelten selbstverständlich gleichermaßen für in- und ausländische Kinder und Jugendliche. Dies gilt auch für die Durchführung zusätzlicher intensivprophylaktischer Maßnahmen. Deshalb wären spezifische Programme nur für ausländische Kinder nicht ausreichend. Im übrigen wird auf die Antworten zu den Fragen 3, 4, 5 und 6 verwiesen.

8. Welche Kenntnisse hat die Bundesregierung über die Mundgesundheit von Kindern und Jugendlichen in der Bundesrepublik Deutschland im internationalen Vergleich?

   Welche Prophylaxemaßnahmen werden insbesondere in anderen europäischen Ländern ergriffen, wie sehen deren Erfolgsaussichten aus, und welche hält die Bundesregierung für nachahmenswert?

   Was hat die Bundesregierung gehindert, wie z. B. in der Schweiz, eine gut funktionierende Gruppenprophylaxe bei gleichzeitiger therapeutischer Betreuung in Schulzahnkliniken aufzubauen und zu verankern?

Trotz des gestiegenen Stellenwerts der Prophylaxe und der Fortschritte in der Mundgesundheit in Deutschland gibt es viele vergleichbar entwickelte Länder, die Anfang der 90er Jahre eine bessere Mundgesundheit – d. h. einen höheren Anteil an kariesfreien Gebissen bzw. niedrigere DMF-T-Werte – als deutsche Kinder und Jugendliche aufweisen, z. B. Dänemark, die Schweiz, Schweden, die Niederlande und die Vereinigten Staaten (siehe Tabelle 2 und 3). Empirische Untersuchungen für einzelne Bundesländer weisen jedoch darauf hin, daß sich die Kariesmorbidität in Deutschland bei Kindern und Jugendlichen seither verringert hat. Lag der durchschnittliche DMF-T-Wert für zwölfjährige, der international als Indikator für die Zahngesundheit Jugendlicher gilt, Anfang der 80er noch bei 6,2, so betrug er 1989/1992 nur noch 3,9 und sank bis 1994 in vielen Bundesländern auf rd. 2,5. Neueste Untersuchungen von Reich und Pieper aus dem Jahr 1995 bestätigen diesen Trend und weisen für einige Bundesländer sogar Werte unter bzw. knapp über 2 DMF-T auf, z. B. 1,6 DMF-T (Bayern) bzw. 2,1 DMF-T (Bremen).

Tabelle 2: Kariesfreiheit bei fünf- bis sechsjährigen Kindern im internationalen Vergleich 1990

Land	Kariesfreiheit in %
Dänemark	60,0
Norwegen	58,0
Schweden	58,0
Niederlande	55,0
Schweiz	55,0
Finnland	50,0
Großbritannien	49,0
Vereinigte Staaten	47,0
Deutschland	33,0
Österreich	32,2
Italien	20,0

Quelle: Bauer/Neumann/Saekel: Mundgesundheit und zahnmedizinische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Berlin 1995, S. 81.

Tabelle 3: Kariesbefall (DMF-T) bei zwölfjährigen Jugendlichen im internationalen Vergleich Anfang der 90er Jahre[1])

Land/Jahr	DMF-T-Wert
Finnland	1,2
Dänemark	1,3
Niederlande	1,7
Vereinigte Staaten	1,8
Schweiz	2,0
Schweden	2,2
Norwegen	2,7
Großbritannien	2,8
Frankreich	3,0
Italien	4,0
Deutschland	3,9

1) DMF-T = kariöse (decayed), fehlende (missing) und gefüllte (filled) bleibende Zähne (teeth).
Quelle: Bauer/Neumann/Saekel: Mundgesundheit und zahnmedizinische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Berlin 1995, S. 82.

Andere europäische Länder weisen teilweise anders strukturierte Systeme der Gesundheitsversorgung als die Bundesrepublik Deutschland auf. Dies gilt sowohl hinsichtlich der Angebots- als

auch hinsichtlich der Nachfragestrukturen und der sie bestimmenden Faktoren sowie Rahmenbedingungen. Die positiven Erfahrungen mit einzelnen Prophylaxeansätzen in anderen Ländern (z. B. Schweiz, Schweden) sind vor diesem Hintergrund zu sehen und können deshalb nur bedingt bzw. schrittweise auf die Infrastruktur in Deutschland übertragen werden.

Für die Bundesregierung besteht kein Anlaß, den seit Anfang der 80er Jahre eingeschlagenen Weg der Stärkung der Prävention und Zahnerhaltung zu verändern. Damit ist der Prävention und Zahnerhaltung Vorrang vor der Spätversorgung (Zahnersatz) eingeräumt worden. Diese veränderte Prioritätensetzung in der zahnmedizinischen Versorgung muß allerdings weiter ausgebaut werden.

9. Inwieweit hält die Bundesregierung es für erforderlich, daß soziale Härtefälle bei der Zahnprothetik berücksichtigt werden?

   Welche Stellung haben diese zur Zeit?

   Wie will die Bundesregierung soziale Härtefälle in Zukunft besonders für Jugendliche und Kinder unter 18 Jahren gesetzlich berücksichtigen?

Angesichts der in der Bundesrepublik Deutschland gut ausgebauten zahnerhaltenden Betreuungsstrukturen und der sich von Jahr zu Jahr verbessernden prophylaktischen Betreuungskapazitäten sowie der Möglichkeit, durch entsprechende Eigenvorsorge und regelmäßige Kontrollbesuche beim Zahnarzt Zahnschäden und insbesondere die Notwendigkeit für prothetische Leistungen zu vermeiden, besteht nach Meinung der Bundesregierung für die nach dem 31. Dezember 1978 Geborenen keine Notwendigkeit, eine soziale Härtefallklausel für die Versorgung mit prothetischen Leistungen vorzusehen. Dies gilt um so mehr, als der Entwurf eines Beitragsentlastungsgesetzes bereits jene Fallgruppen umfaßt, bei denen die Notwendigkeit für prothetische Leistungen nicht vermeidbar und damit die Kosten von der gesetzlichen Krankenversicherung auch zukünftig zu tragen sind.

Gegenwärtig fallen in den alten Bundesländern rd. 10 % der Versicherten und in den neuen Bundesländern rd. 20 % unter die gesetzlichen Härtefallklauseln. Wie viele Fälle davon Zahnersatz benötigen, ist nicht bekannt.

10. Inwieweit ist der Bundesregierung bekannt, daß eine Abrechnung nach der „Gebührenordnung für Zahnärzte" um das rd. 1,7fache höher ist als nach dem Bewertungsmaßstab (BEMA)?

    Wie werden sog. Begleitleistungen (Spritzen, Aufbaufüllungen etc.) bei Zahnersatzleistungen abgerechnet?

    In welcher Form soll sich deren Abrechnung zukünftig gestalten?

    Wie bewertet sie dies, und welche Konsequenzen ist die Bundesregierung gewillt zu ziehen?

    Wie weit sieht die Bundesregierung die Notwendigkeit, daß für Jugendliche und Kinder aus sozial schwachen Schichten besondere Kompensationen ergriffen werden müssen?

    Inwieweit hält die Bundesregierung die unterschiedliche Vergütung für angemessen?

Die Feststellung in der Frage zur „Gebührenordnung für Zahnärzte“ ist falsch. Richtig ist, daß das durchschnittliche vertragszahnärztliche Vergütungsniveau für prothetische Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung (BEMA) gegenwärtig rd. dem 1,7fachen Gebührensatz der Gebührenordnung für Zahnärzte entspricht.

Begleitleistungen zum Zahnersatz werden – wie bisher – als Sachleistungen gewährt. Insofern wird sich an deren Abrechnung auch nichts ändern.

Die unterschiedliche Vergütung für nach dem BEMA abzurechnende vertragszahnärztliche Leistungen einerseits und für nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) abzurechnende privatzahnärztliche Leistungen beruht im übrigen auf historisch gewachsenen grundlegenden Systemunterschieden zwischen beiden Vergütungsbereichen und ihrer rechtlichen Rahmenbedingungen. Der Abrechnung vertragszahnärztlicher Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung liegen vertragliche Vergütungsvereinbarungen zwischen den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und den Verbänden der Krankenkassen zugrunde, die für die einzelnen Leistungen auf mischkalkulierte Pauschalsätze abstellen. Demgegenüber stellt die GOZ für die Vergütung privatzahnärztlicher Leistungen hinsichtlich der Angemessenheit der Gebührenbemessung auf die individuellen Besonderheiten der Leistungserbringung im Einzelfall ab. Die Eigenständigkeit beider Vergütungsbereiche zeigt sich auch darin, daß die den Abrechnungen jeweils zugrunde zu legenden Leistungsbeschreibungen der Gebührenpositionen und deren Abgeltungsumfang zum Teil erheblich voneinander abweichen. Schon aus diesem Grunde ist ein unmittelbarer Vergütungsvergleich nur beschränkt möglich.

Eine Notwendigkeit, für Jugendliche und Kinder aus sozial schwachen Schichten besondere Kompensationen zu ergreifen, sieht die Bundesregierung in diesem Zusammenhang nicht.

11. Wie viele Fälle von Vor- und Mängelbegutachtungen beim Zahnersatz sind der Bundesregierung bekannt?

    Welche Möglichkeiten der Weiterentwicklung der Begutachtung beim Zahnersatz sieht die Bundesregierung?

    Welche Unterschiede gibt es bei der vertragszahnärztlichen Begutachtung in den einzelnen Bundesländern?

    Ist der Bundesregierung bekannt, ob in den Bundesländern die Möglichkeit besteht, Zweitgutachten einzuholen?

    Inwieweit hat die Bundesregierung Kenntnis von Patientenberatungsstellen in zahnmedizinischen Bereichen?

    Wie will die Bundesregierung die Patientenberatung im zahnmedizinischen Bereich unterstützen und ausbauen?

Nach Angaben des Instituts der Deutschen Zahnärzte wurden 1993 insgesamt rd. 170 500 Gutachten erstellt. Davon rd. 112 600 für die Primärkassen und rd. 58 000 Gutachten für die Ersatzkassen. In diesen Zahlen sind die jährlich im Durchschnitt anfallenden Mängelgutachten in Höhe von rd. 1 000 enthalten.

Neben dem bestehenden Gutachterverfahren in der gesetzlichen Krankenversicherung und der Einholung von Kammergutachten im Bereich der privatzahnärztlichen Versorgung könnte der Medizinische Dienst der Krankenkassen noch stärker als bisher ins Begutachtungs- und Beratungsverfahren einbezogen werden.

Prinzipielle Unterschiede im Begutachtungsverfahren in den einzelnen Bundesländern gibt es nicht. Allerdings bestehen Unterschiede in der Intensität der Begutachtungsverfahren in den einzelnen Bereichen der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen.

Durch die bestehenden Gutachterverfahren und die Existenz des Medizinischen Dienstes besteht für die Krankenkassen und die Versicherten bereits heute grundsätzlich die Möglichkeit, Zweitmeinungen zu geplanten prothetischen Versorgungen einzuholen.

Spezifische Patientenberatungsstellen bestehen nach Kenntnis der Bundesregierung in den KZV-Bereichen Freiburg, Karlsruhe, Stuttgart und Tübingen sowie in der KZV Schleswig-Holstein. In anderen KZV- und Kammerbereichen wird überlegt, ähnliche Einrichtungen zu schaffen. Im übrigen besteht – wie oben bereits erwähnt – die Möglichkeit, den Medizinischen Dienst stärker als bisher in die Beratung der Versicherten und Patienten einzubeziehen. Ob und ggf. welche zusätzlichen Maßnahmen zukünftig zur Verbesserung der Patientenberatung im zahnmedizinischen Bereich zu ergreifen sind, muß der Diskussion um weitere Reformschritte in der zahnmedizinischen Versorgung vorbehalten bleiben.

Druck: Thenée Druck, 53113 Bonn, Telefon 91781-0
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Postfach 13 20, 53003 Bonn, Telefon (02 28) 3 82 08 40, Telefax (02 28) 3 82 08 44
ISSN 0722-8333